

## 日本橋茅場町耳鼻咽喉科を受診される方へ

お名前 \_\_\_\_\_ ( 歳) 体重 \_\_\_\_\_ kg

ご住所〒 \_\_\_\_\_ ・変更なし

電話番号 \_\_\_\_\_ ・変更なし

① こんにちは。今日はどこが悪くて受診されましたか？

耳： (右・左・両方)

「痛い、痒い、耳垂れ、聞こえにくい、ふさがった感じ、鳴る、めまい、耳垢」

鼻： 「くしゃみ、鼻水、鼻づまり(右・左・両方)、痒い、鼻が喉にまとわる、鼻血(右・左・両方)、匂いが分からない、鼻が臭い」

のど： 「痛い、咳が出る、痰が絡む、かわく、つまる、声がかすれる、痰に血が混じる、食事が出来ない、いびきをかく、いつも口を開いている、睡眠中呼吸が止まる」

花粉症： 希望の薬 \_\_\_\_\_ ・前回と同じ薬希望 〈はい・変更希望〉  
希望の処方日数・本数(最大 28 日分) 〈のみ薬 \_\_\_ 日分・点鼻 \_\_\_ 本・目薬 \_\_\_ 本〉

その他： ( \_\_\_\_\_ )

② いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

③ 手術をご希望ですか？ 〈はい・必要があれば〉

④ 高血圧、心臓病、肝臓病(肝炎(B・C))、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、甲状腺の病気、HIV、緑内障、などにかかったことがありますか？ (○をお付けください)・なし

⑤ 過去手術を受けたことがありますか？ (いつ頃、どのような手術を受けられましたか？)  
(無・前回より変更なし・有 \_\_\_\_\_)

⑥ 現在飲んでいるお薬がありましたら書いてください ・なし  
(病院、医院名) \_\_\_\_\_  
(お薬) \_\_\_\_\_

⑦ お薬で副作用が出たことがありますか？  
〈無・有(お薬) \_\_\_\_\_ ・(副作用) \_\_\_\_\_ 〉

⑧ 使用できない薬剤はありますか？ ・なし  
〈ヨード・キシロカイン・ステロイド・その他( \_\_\_\_\_ )〉

⑨ 卵アレルギーはありますか？ (無・有)

⑩ タバコは吸いますか？ (吸わない・吸う \_\_\_ 本/、 \_\_\_\_\_ 年間)

⑪ コンタクトレンズ使用していますか？ (無・有)

⑫ 妊娠中ですか？またその可能性はありますか？ 〈いいえ・はい \_\_\_\_\_ ヶ月〉

⑬ 授乳中ですか？ 〈いいえ・はい〉

その他(診療、治療に関するご希望がございましたらお書きください。)

薬：ご希望の形状 シロップ・こな・錠剤
熱：無・有 _____ °C

※スタッフ記入欄	
・情あり	・情なし
・市販	・当院

ご協力ありがとうございました。